

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 71

INFECTIONS MAMMAIRES

au cours de l'allaitement

à la clinique obstétricale (de 1927 à 1931)

ÉTUDE STATISTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul MORAND

Né le 1^{er} Juin 1906, à ST-CLAUDE (Guadeloupe)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

INFECTIONS MAMMAIRES AU COURS DE L'ALLAITEMENT
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 71

INFECTIONS MAMMAIRES
au cours de l'allaitement
à la clinique obstétricale (de 1927 à 1931)
ÉTUDE STATISTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 5 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul MORAND

Né le 1^{er} Juin 1906, à ST-CLAUDE (Guadeloupe)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILIARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	FATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etième MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	X.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
RHENTER	DUFOURT	GATE	EPARVIER
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
CHALIER (Joseph)			

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, président ; DUFOURT, assesseur ;

WERTHEIMER et EPARVIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MON GRAND-PÈRE (*in memoriam*)

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Qu'ils voient dans ce modeste travail un bien faible témoignage de ma profonde affection.

A MES FRÈRES JEAN ET ANDRÉ

Pour lesquels j'ai toujours eu une immense tendresse.

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A TOUTES LES PERSONNES QUI ME SONT CHÈRES

Parents et amis qui nous ont donné
des preuves d'affection ou témoigné
une tendre sollicitude. Elles voudront
bien se reconnaître dans ces lignes.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique obstétricale

Nous le remercions de l'honneur
qu'il nous fait en acceptant de prési-
der notre jury. Qu'il daigne trouver
ici l'expression de notre profonde
gratitude.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANSSILLON

Chef de Clinique

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a aidé dans la rédaction de ce travail.

Nous avons toujours trouvé auprès de lui l'accueil le plus affable. Nous lui exprimons nos remerciements et notre reconnaissance.

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ÉCOLE ANNEXE
DE MÉDECINE NAVALE DE ROCHEFORT

A MES MAITRES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE LYON ET DE PARIS

A MES PROFESSEURS
DES HOPITAUX DU VAL-DE-GRACE ET DESGENETTES
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INFECTIONS MAMMAIRES AU COURS DE L'ALLAITEMENT A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Avant-propos

Pendant notre stage à la clinique obstétricale il nous a été donné d'assister à un certain nombre d'affections mammaires lors de l'allaitement.

Nous avons remarqué que ces complications n'étaient pas extrêmement fréquentes, comparative-ment au nombre des accouchées. Logiquement on aurait pu craindre l'inverse étant donné la composition très variable des malades qui viennent accoucher dans les services hospitaliers.

La majorité toutefois de ces parturientes, appartient à une catégorie sociale pauvre. Plusieurs d'entre elles sont étrangères. Quoiqu'il en soit, les précautions du côté des seins en vue de l'allaitement, et même l'hygiène corporelle pendant la gestation sont forcément réduits au minimum. Nous avons pu même assister, à l'entrée de certaines malades dans le service, à l'état de malpropreté extrêmement prononcée.

Malgré ces éléments a priori défavorables, il n'apparaît pas que les complications mammaires soient de

ce fait plus fréquentes. On peut même dire qu'elles ne semblent pas plus nombreuses, sinon moins, que dans les accouchements à domicile.

De même nous avons remarqué que les infections mammaires pendant l'allaitement à savoir : crevasses, lymphangites et galactophorites ne déterminent qu'à titre exceptionnel des abcès du sein.

On est donc conduit à penser que les précautions en œuvre dans les services hospitaliers et nous prendrons pour type ce qui se passe à la clinique obstétricale, apparaissent comme particulièrement efficaces, tant au point de vue prophylactique que curatif. Nous nous efforcerons donc de préciser ces éléments, mais au préalable nous avons cru intéressant de relever tous les cas nets d'infections mammaires aussi bien légères que prononcées pendant ces cinq dernières années. Nous en avons dressé des tableaux résumés à seule fin d'en démontrer la fréquence et si possible les circonstances d'apparition.

Nous établirons également par une étude statistique les différents pourcentages qui résultent de cette étude d'ensemble. Nous nous efforcerons aussi d'établir la proportionnalité qui existe entre ces diverses complications et le nombre des accouchements et de même nous verrons combien de ces affections mammaires peuvent dégénérer en abcès du sein.

Nous terminerons en précisant les quelques éléments particuliers qui sont mis en œuvre à la clinique obstétricale, dans la surveillance de l'allaitement et les soins donnés aux seins en cas de complications : crevasses, lymphangites, galactophorites.

Nous serons bref en ce qui concerne la thérapeutique des abcès du sein, celle-ci paraissant définitivement fixée par de nombreux travaux antérieurs.

CHAPITRE PREMIER

Dans notre travail nous avons pratiqué des recherches pendant ces cinq dernières années : de 1927 à 1931.

Toutes les observations ont été prises sur le même type. Vu leur nombre nous ne pouvons songer à les publier séparément et nous en avons fait des tableaux. Dans chaque tableau on a noté : la parité, les circonstances de l'accouchement et la catégorie de l'affection mammaire en cause. Pour chacun de ces cas, seul sera noté : la température maxima observée pendant l'infection ainsi que la durée des phénomènes locaux. L'évolution sera caractérisée par trois sortes de faits :

1° Guérison obtenue rapidement, 2° évolution en deux temps : récurrence ; 3° cas rares : abcès du sein.

Année 1927

N°	Partie	Accouchement	Complication mammaire	Température maxima	Durée	Evolution
30.	Primipare	Spontané	Engorgement mammaire.	39°	2 jours	Guérison.
48.	Primipare	Spontané	Lymphangite du sein gauche.	40°3	3 jours	Guérison.
100.	Multipare	Spontané	Engorgement mammaire.	39°8	4 jours	Guérison.
115.	Primipare	Spontané	Crevasses.	38°2	2 jours	Guérison.
135.	Multipare	Spontané	Engorgement mammaire.	39°4	2 jours	Guérison.
156.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	39°5	5 jours	Récidive.
163.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	39°6	3 jours	Guérison.
168.	Primipare	Spontané	Seins engorgés.	37°9	3 jours	Guérison.
174.	Primipare	Spontané	Engorgement mammaire.	38°4	4 jours	Lymphangite.
175.	Primipare	Spontané	Galactophorite des 2 seins.	38°2	3 jours	Guérison.
198.	Multipare	Spontané	Galactophorite.	39°	2 jours	Guérison.
206.	Primipare	Spontané	Galactophorite.	39°	3 jours	Guérison.
208.	Multipare	Spontané	Crevasses.	39°8	4 jours	Lymphangite.
215.	Multipare	Spontané	Lymphangite du sein droit.	40°	7 jours	Abcès massif du sein droit. Ouverture et drainage. Guérison.
228.	Multipare	Spontané	Galactophorite.	38°	5 jours	Guérison.
244.	Multipare	Spontané	Crevasses.	40°	14 jours	Galactophorite, puis abcès qui s'est ouvert spontanément. Guérison sans intervention.
286.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	40°	3 jours	Guérison.
315.	Primipare	Spontané	Engorgement mammaire.	39°2	2 jours	Guérison.

325. Primipare	Spontané Engorgement mammaire.	39°	3 jours	Guérison.
382. Primipare	Spontané Engorgement mammaire.	39°	2 jours	Guérison.
435. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°4	5 jours	Galactophorite.
463. Primipare	Spontané Galactophorite.	39°2	3 jours	Guérison.
476. Primipare	Spontané Engorgement mammaire.	39°	3 jours	Guérison.
483. Primipare	Spontané Engorgement mammaire.	38°	2 jours	Guérison.
492. Multipare	Spontané Lymphangite.	39°2	2 jours	Guérison.
495. Primipare	Spontané Galactophorite.	39°2	9 jours	Abcès. Incision. Guérison.
503. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°4	3 jours	Guérison.
506. Multipare	Spontané Lymphangite.	39°2	2 jours	Guérison.
537. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°4	2 jours	Guérison.
546. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°5	3 jours	Guérison.
553. Multipare	Spontané Engorgement des 2 seins.	39°2	2 jours	Guérison.
597. Primipare	Spontané Galactophorite.	39°3	4 jours	Guérison.
604. Multipare	Spontané Engorgement mammaire.	39°4	2 jours	Guérison.
618. Multipare	Spontané Galactophorite.	38°8	3 jours	Guérison.
625. Primipare	Spontané Engorgement mammaire.	38°	2 jours	Guérison.
638. Multipare	Spontané Seins engorgés.	37°9	2 jours	Guérison.
656. Primipare	Spontané Crevasses bilatérales.	38°2	2 jours	Guérison.
838. Primipare	Forceps Galactophorite.	40°	5 jours	Récidive.
839. Multipare	Spontané Galactophorite.	39°2	3 jours	Guérison.
858. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°4	2 jours	Guérison.
874. Primipare	Spontané Lymphangite.	40°5	8 jours	Abcès. Incision. Guérison.
902. Multipare	Spontané Crevasses bilatérales.	38°2	4 jours	Guérison.
914. Primipare	Spontané Galactophorite.	39°4	3 jours	Guérison.
916. Multipare	Provoqué Galactophorite.	39°4	5 jours	Abcès. Incision. Guérison.
	et spont.			
1055. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°4	2 jours	Guérison.

Année 1928

N°	Parité	Accouchement	Complication mammaire	Température maxima	Durée	Evolution
29.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	40°8	7 jours	Récidive.
60.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	38°6	4 jours	Guérison.
71.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	40°3	3 jours	Guérison.
91.	Primipare	Spontané	Engorgement mammaire.	37°9	2 jours	Guérison.
114.	Primipare	Spontané	Crevasse bilatérales.	38°2	4 jours	Guérison.
122.	Primipare	Spontané	Crevasse bilatérales.	38°3	3 jours	Guérison.
137.	Multipare	Spontané	Crevasse bilatérales.	38°	2 jours	Guérison.
194.	Primipare	Spontané	Crevasse.	37°8	7 jours	Récidive.
215.	Primipare	Spontané	Crevasse.	38°5	5 jours	Récidive.
216.	Multipare	Spontané	Galactophorite.	39°	3 jours	Guérison.
234.	Primipare	Spontané	Crevasse bilatérales.	38°	6 jours	Récidive.
279.	Primipare	Spontané	Engorgement mammaire.	39°	5 jours	Guérison.
306.	Multipare	Spontané	Engorgement mammaire.	39°2	6 jours	Récidive.
325.	Primipare	Spontané	Engorgement mammaire.	39°	3 jours	Guérison.
427.	Primipare	Spontané	Crevasse bilatérales.	38°8	3 jours	Guérison.
522.	Multipare	Spontané	Seins engorgés.	38°1	2 jours	Guérison.
576.	Multipare	Spontané	Lymphangite.	39°	3 jours	Guérison.
583.	Multipare	Spontané	Engorgement mammaire.	38°8	6 jours	Récidive.
584.	Multipare	Spontané	Lymphangite.	39°	8 jours	Pyélonéphrite.
589.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	39°3	2 jours	Guérison.
590.	Primipare	Spontané	Galactophorite.	40°	3 jours	Guérison.
596.	Multipare	Spontané	Engorgement mammaire.	38°2	3 jours	Guérison.
602.	Primipare	Spontané	Abcès.	38°8	5 jours	Guérison.
609.	Multipare	Spontané	Galactophorite.	40°1	3 jours	Guérison.
642.	Primipare	Spontané	Galactophorite.	40°	6 jours	Récidive.
662.	Multipare	Spontané	Galactophorite.	39°2	4 jours	Guérison.

674. Primipare	Spontané Galactophorie.	39°8	6 jours	Lymphangite et récidive.
675. Primipare	Spontané Engorgement mammaire.	38°4	2 jours	Guérison.
686. Primipare	Spontané Galactophorie.	39°2	3 jours	Guérison.
737. Primipare	Spontané Lymphangite.	40°	3 jours	Guérison.
760. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°2	5 jours	Récidive.
763. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°7	6 jours	Récidive.
820. Primipare	Spontané Lymphangite.	38°8	2 jours	Guérison.
832. Primipare	Spontané Crevasses bilatérales.	39°	6 jours	Lymphangite.
834. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°4	5 jours	Récidive.
858. Primipare	Spontané Engorgement mammaire.	38°6	3 jours	Guérison.
885. Primipare	Spontané Galactophorie.	38°9	4 jours	Guérison.
888. Multipare	Spontané Engorgement mammaire.	39°3	2 jours	Guérison.
897. Primipare	Forceps Lymphangite.	40°	3 jours	Guérison.
946. Multipare	Spontané Crevasses bilatérales.	40°	4 jours	Galactophorie.
947. Primipare	Spontané Lymphangite.	38°9	3 jours	Guérison.
956. Primipare	Spontané Engorgement mammaire.	39°2	3 jours	Guérison.
958. Multipare	Spontané Lymphangite.	39°	2 jours	Guérison.
973. Multipare	Spontané Lymphangite.	39°8	6 jours	Récidive.
987. Multipare	Spontané Lymphangite.	39°4	4 jours	Guérison.
989. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°	2 jours	Guérison.
1051. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°2	2 jours	Guérison.
1054. Multipare	Spontané Lymphangite.	40°2	5 jours	Récidive.
1070. Primipare	Spontané Lymphangite.	38°8	2 jours	Guérison.
1142. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°2	9 jours	Récidive.
1147. Primipare	Spontané Engorgement mammaire.	38°	2 jours	Guérison.
1151. Multipare	Spontané Lymphangite.	39°4	6 jours	Récidive.
1170. Primipare	Spontané Lymphangite.	38°9	2 jours	Guérison.
1207. Primipare	Spontané Engorgement mammaire.	38°	2 jours	Guérison.
1217. Multipare	Spontané Lymphangite.	39°4	3 jours	Guérison.

Année 1930

N°	Parité	Accouchement	Complication mammaire	Température maxima	Durée	Evolution
63.	Multipare	Spontané	Lymphangite.	38°4	2 jours	Guérison.
72.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	38°8	3 jours	Guérison.
95.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	38°9	2 jours	Guérison.
116.	Primipare	Spontané	Crevasses bilatérales.	38°2	2 jours	Guérison.
123.	Primipare	Spontané	Crevasses bilatérales.	38°1	4 jours	Guérison.
132.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	39°6	3 jours	Guérison.
166.	Primipare	Spontané	Galactophorite.	39°4	3 jours	Guérison.
167.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	39°	2 jours	Guérison.
188.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	39°6	3 jours	Guérison.
190.	Multipare	Spontané	Engorgement mammaire.	38°	2 jours	Guérison.
198.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	39°	4 jours	Guérison.
199.	Primipare	Forceps	Lymphangite.	39°3	3 jours	Guérison.
248.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	39°	5 jours	Récidive.
249.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	39°	2 jours	Guérison.
255.	Multipare	Spontané	Lymphangite.	38°2	2 jours	Guérison.
256.	Multipare	Spontané	Lymphangite.	39°2	2 jours	Guérison.
268.	Multipare	Spontané	Abcès.	38°2	5 jours	Guérison.
280.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	39°	5 jours	Récidive.
304.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	39°2	3 jours	Guérison.
337.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	40°	3 jours	Guérison.
344.	Primipare	Spontané	Lymphangite.	39°	8 jours	Récidive.
365.	Primipare	Forceps	Lymphangite.	39°	3 jours	Guérison.
377.	Primipare	Spontané	Engorgement mammaire.	38°6	2 jours	Guérison.

399. Primipare	Spontané Engorgement mammaire.	38°2	2 jours	Guérison.
438. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°2	4 jours	Récidive.
469. Multipare	Spontané Crevasses bilatérales.	39°4	4 jours	Lymphangite.
543. Multipare	Spontané Lymphangite.	39°6	3 jours	Guérison.
564. Multipare	Spontané Lymphangite.	39°	2 jours	Guérison.
625. Primipare	Spontané Crevasses bilatérales.	39°3	5 jours	Récidive lymphangite.
644. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°4	3 jours	Guérison.
651. Multipare	Spontané Lymphangite.	39°	3 jours	Guérison.
674. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°4	3 jours	Guérison.
684. Primipare	Spontané Lymphangite.	40°2	4 jours	Galactophorite.
711. Primipare	Forceps Lymphangite.	39°4	3 jours	Galactophorite.
727. Multipare	Spontané Engorgement mammaire.	38°2	2 jours	Guérison.
751. Primipare	Spontané Galactophorite.	40°	3 jours	Guérison.
819. Multipare	Spontané Lymphangite.	38°4	3 jours	Guérison.
875. Primipare	Spontané Lymphangite.	39°6	2 jours	Guérison.
890. Multipare	Spontané Galactophorite.	39°2	4 jours	Récidive.
921. Primipare	Spontané Lymphangite.	40°	2 jours	Guérison.
928. Primipare	Spontané Lymphangite.	38°8	2 jours	Guérison.
960. Primipare	Spontané Absès du mamelon.	37°8	4 jours	Guérison.
996. Primipare	Spontané Engorgement mammaire.	38°9	2 jours	Guérison.
1004. Multipare	Spontané Engorgement mammaire.	39°4	4 jours	Guérison.
1017. Multipare	Spontané Seins engorgés.	39°2	2 jours	Guérison.
1022. Multipare	Spontané Engorgement mammaire.	38°1	2 jours	Guérison.
1026. Primipare	Spontané Galactophorite.	40°1	8 jours	Absès. Incision. Guérison.
1107. Multipare	Spontané Lymphangite.	39°	2 jours	Guérison.
1134. Primipare	Spontané Engorgement mammaire.	39°	5 jours	Récidive.
1153. Multipare	Spontané Engorgement mammaire.	38°	2 jours	Guérison.

CHAPITRE II

Nous ne reviendrons pas sur les symptômes bien connus depuis longtemps de la lymphangite et de la galactophorite.

Nous nous efforcerons seulement par une étude statistique d'en déterminer la fréquence et les conditions d'apparition.

D'après nos tableaux nous notons que, en 1927, sur 1045 accouchements, nous relevons 46 cas de complications mammaires soit une proportion de 4,3 %. Ces complications se répartissent comme suit :

- 14 galactophorites, soit 1,2 %,
- 16 lymphangites, soit 1,4 %,
- 15 cas de crevasses ou d'engorgements, soit 1,3 %,
- 4 abcès, soit 0,4 %.

En 1928, sur 1232 accouchements, nous trouvons 54 cas de complications mammaires, soit une proportion de 4,3 %. Nous notons :

- 9 galactophorites, soit 0,7 %,
- 25 lymphangites, soit 2,01 %,
- 21 cas de crevasses ou d'engorgements, soit 1,6 %,
- 1 abcès, soit 0,08 %.

L'un d'entre eux (année 1930, observation 960) était un abcès mamelonnaire qui s'ouvrit spontanément sans avoir manifesté une température supérieure à $37^{\circ}8$ et la femme guérit en quelques jours.

En ce qui concerne les deux autres nous n'avons pas trouvé la catégorisation de cet abcès mentionné dans l'observation, mais l'un (année 1930, observation 268) semble pouvoir s'assimiler au précédent car la température ne dépasse pas $38^{\circ}2$ et au bout de 5 jours la guérison fut obtenue. Quant à l'observation 602, année 1928, on se trouve également en présence d'un abcès à phénomènes infectieux réduits : température maximum $38^{\circ}8$ et guérison en 5 jours sans récurrence. Par contre, nous avons noté 7 cas d'abcès survenus à la suite de galactophorites, de lymphangites ou d'engorgements.

D'après ces résultats nous pouvons conclure que les infections mammaires sont peu élevées comparative-ment au nombre des accouchements. L'évolution des lymphangites est le plus souvent la guérison. Les quelques complications observées sont soit une récurrence, quelquefois une galactophorite et rarement un abcès. De même en ce qui concerne les crevasses et les engorgements nous ne notons que peu de cas compliqués.

Les galactophorites, bien qu'en nombre moindre que les infections précédentes, donnent ainsi qu'il est classique de le constater, une proportion plus grande d'abcès.

En résumé, sur 5475 accouchements à la clinique obstétricale représentant une période de 4 ans et demi nous notons 230 cas d'infections mammaires soit

4,2 %. Nous trouvons 106 lymphangites soit 1,9 %, 36 galactophorites soit 0,7 %, 84 cas de crevasses ou d'engorgements, soit 1,4 % et 10 abcès, soit 0,2 %.

Nous tenons à insister en terminant sur la fréquence vraiment minime des abcès par rapport au nombre total d'accouchements et en aucun cas il nous a été donné d'observer d'accidents graves tels que phlegmons rétro-mammaire ou panmastite.

que, sauf exception, les femmes qui viennent accoucher dans les différentes maternités des services hospitaliers, ne prennent pendant leur grossesse aucune précaution particulière en vue de l'allaitement.

Toutefois, parmi celles qui entrent dans le service avant d'accoucher, réalisant ce qu'il est classique d'appeler « les expectantes », quelles sont les précautions qui sont de mise en pareilles circonstances ?

Chez elles, on procède à un nettoyage systématique des seins avec de la vaseline stérilisée ou avec de l'alcool à 60°. De plus on prend des soins d'hygiène corporelle consistant principalement en des douches, deux à trois fois par semaine.

Au moment de l'allaitement, on fait, après chaque têtée, un lavage des mamelons avec un peu d'eau bouillie faiblement alcoolisée, puis on les recouvre d'une compresse stérilisée maintenue par un bandage de corps. On conseille souvent de faire usage de compresses humides, les compresses sèches ayant le défaut de coller au bout du sein ; ces dernières semblent cependant préférables dans certains cas, parce qu'elles ne déterminent pas, au contact de certains épidermes, la macération du mamelon.

Il va de soi que l'on préservera les seins de toutes les causes de contagion extérieur, grâce aux règles habituelles de l'asepsie.

Il n'est pas superflu de faire quelques recommandations aux accouchées. Une fois l'allaitement commencé on conseillera à la femme de ne pas toucher directement les mamelons, même avec des mains propres. On lui recommandera de ne pas se découvrir et aussi d'éviter le froid.

Lorsque l'on observe de la température et que le sein se durcit, on applique des cataplasmes à la farine de lin pendant 24 heures. Nous verrons plus loin en quelles circonstances il convient de suspendre l'allaitement.

Traitement des crevasses. — Lorsque la gerçure est faite, il faut éviter son infection. Pour cela on a recours à des pansements de gaze stérilisée avec glycérine et benjoin à parties égales ou glycérine et baume du Pérou à 5 %. Si on se trouve en présence de crevasses dont les fissures sont multiples et profondes, il est recommandé d'espacer les têtées ou de supprimer momentanément l'allaitement après avoir fait un bandage du sein aussi serré que possible.

S'il y a amélioration au bout de 48 heures, on remet l'enfant au sein au moyen de la cloche en verre, afin d'éviter le traumatisme de la succion directe et les chances d'infections qui en résultent.

Dans le cas d'engorgement, on tire le lait avec le lacto-pompe et l'on contrôle s'il n'y a pas de pus, en mettant en œuvre le signe de Budin, avant de permettre une nouvelle têtée.

Traitement des lymphangites. — Le premier point qu'il convient de mettre en lumière c'est qu'un sein porteur de lymphangite à point de départ mamelonnaire devra être mis au repos partiel ou complet, les suctions de l'enfant risquant d'ouvrir les crevasses à nouveau, de les réinfecter et d'aggraver en quelque sorte l'infection.

Pendant combien de temps conviendra-t-il de suspendre l'allaitement ? A la clinique obstétricale cette

durée n'excède pas 24 ou 48 heures au maximum. Bien entendu on pourra continuer l'allaitement du côté opposé non malade. A la reprise de l'allaitement on s'entourera de précautions particulières surtout en ce qui concerne les soins d'antisepsie du mamelon et, si besoin est, on se servira avec avantage de l'interposition d'une cloche en verre pour éviter pendant un certain temps la succion directe de l'enfant.

Le traitement local consistera surtout en applications de larges cataplasmes de farine de lin que l'on renouvellera plusieurs fois par jour et qui aura une double action décongestive et analgésique. Le lendemain, si les phénomènes infectieux ne sont pas en sédation nette on a l'habitude à la clinique obstétricale d'appliquer des pansements humides avec adjonction d'alcool à 60° et d'acide borique à saturation maintenus à l'aide d'un bandage suffisamment serré pour comprimer et bien relever le sein. On renouvellera ces pansements toutes les 12 heures durant deux ou trois jours, car ils ont l'avantage d'être également résolutifs et paraissent plus analgésiques que le cataplasme.

En général, ce traitement est suffisant pour éviter les engorgements mammaires qui résulteraient de l'absence d'allaitement pendant un temps plus ou moins long. Cependant, en cas de sécrétion lactée particulièrement abondante on pourra se servir, lorsque les phénomènes infectieux se seront amendés, du lacto-pompe pour vider le sein et contrôler si la lymphangite ne s'est pas accompagnée d'une légère poussée de galactophorite dans les cas rares d'ailleurs où ces deux infections marchent de pair.

Traitement des galactophorites. — Comme pour le cas des lymphangites, le traitement consiste dans le repos de l'organe, commandé par l'intérêt de l'enfant plus encore que par celui de la mère. On a conseillé de vider le sein du pus qu'il contient par l'expression mammaire : le pouce et l'index appliqués près de la circonférence de l'aréole, appuient d'avant en arrière, et, tout en pressant se rapprochent de la base du mamelon qu'ils compriment finalement d'arrière en avant. Cette manœuvre est répétée tant que l'on voit du pus s'écouler avec le lait. L'expression doit être pratiquée deux fois par jour, jusqu'à guérison de la galactophorite.

Cette expression a été conseillée depuis longtemps par Budin dans ses cliniques obstétricales en 1888. Commandeur et Thevenot (*Lyon Médical* 1899) ont conseillé également cette méthode, mais en la rejetant dans les cas de galactophorites compliquées de lymphangites par crainte de diffusion possible de l'infection qui pourrait même dégénérer en cas de gravité exceptionnelle, tel qu'ont pu les observer MM. Trillat et Latarjet (*Lyon Médical*, 31 mars 1907). Ces auteurs rapportent 3 cas de mastites d'extrême gravité dont 2 se terminèrent par la mort de la malade. Ces abcès avaient été déterminés, d'après ces deux auteurs, par une expression prolongée, énergique et intempestive du sein.

A la clinique obstétricale cette méthode est peu utilisée. Elle semble être douloureuse et inutile car elle laissera toujours du pus dans les acini glandulaires. Parfois elle risque d'être dangereuse car elle trauma-

tise le sein enflammé et peut aussi diffuser l'infection locale.

On immobilise comme pour les lymphangites le sein malade dans un cataplasme à la farine de lin et ensuite dans un pansement humide avec mélange d'alcool et acide borique à saturation.

Avant de faire reprendre l'allaitement à l'enfant on aura toujours soin de vider le sein avec le lacto-pompe.

Notons enfin que le traitement de la galactophorite sera toujours plus long et plus délicat que celui des lymphangites. En effet, il est assez difficile et long d'évacuer complètement le pus qui peut être contenu dans les acini et les culs-de-sac glandulaires et assez souvent on assistera à une induration plus ou moins prolongée d'un acinus glandulaire, témoignant d'un certain degré de galactophorite chronique, qui, d'ailleurs n'est pas inquiétante, lorsqu'elle ne s'accompagne d'aucune réaction douloureuse en général.

Traitement des abcès. — Nous serons bref en ce qui concerne cette question, de nombreux travaux et particulièrement ceux de l'école lyonnaise (Thèse de Deylrieux, Lyon 1911, inspirée par M. le Professeur Voron : « Incision tardive des abcès glandulaires post-puerpéraux du sein »), ont prouvé qu'il était nécessaire de les inciser tardivement alors que le pus est bien collecté. Au besoin même, surtout dans les abcès aréolaires, on pourra assister à l'ouverture spontanée, que l'on pourra, si besoin est, compléter en cas d'évacuation insuffisante de la collection suppurée.

L'incision de ces abcès devra en général toujours comporter une contre-ouverture de drainage au point

déclive, la simple incision évacuatrice étant le plus souvent insuffisante. Enfin il conviendra de surveiller attentivement l'état local et général, car ces abcès du sein ont grande tendance à l'extension ou à la récurrence et souvent on sera obligé, malgré toutes les précautions prises, de réintervenir.

Nous citerons pour mémoire la pratique de la vaccinothérapie qui peut être prophylactique, la méthode consistant alors à user du stock-vaccin ou d'auto-vaccin en cas de galactophorite dans le but de prévenir l'apparition d'un abcès. Il ne nous est pas possible de fournir à ce sujet des chiffres sur les résultats de cette méthode, celle-ci ayant été peu pratiquée à la clinique obstétricale.

A propos de la vaccinothérapie curative nous manquons également d'éléments objectifs, mais il est bien évident que celle-ci a pour but d'empêcher les récurrences car elle ne peut rien sur un abcès en voie de formation. L'emploi du bactériophage d'Herelle n'a pas été mis en pratique à la clinique obstétricale.

Conclusions

I. — De janvier 1927 à juin 1931 on a noté à la clinique obstétricale 5475 accouchements parmi lesquels nous avons relevé 230 cas d'infections mammaires, soit une proportion de 4,2 %.

II. — Ces complications se répartissent comme suit:

36 galactophorites, soit 0,7 %,

106 lymphangites, soit 1,9 %,

84 cas de crevasses avec élévation thermique nette, soit 1,4 %.

Le nombre de ces complications, qui déterminèrent l'apparition d'abcès du sein, est relativement peu élevé, puisque parmi les malades qui accouchèrent dans le service et qui présentèrent ou amorcèrent un abcès du sein pendant leur séjour à la clinique, nous ne notons que 10 cas, soit une proportion de 0,2 %.

III. — Ces chiffres nous apparaissent comme particulièrement peu élevés étant donné le recrutement très large des services hospitaliers où l'on trouve notamment des femmes qui, pendant leur grossesse, n'ont

mis en œuvre aucune précaution du côté des seins, ou même ont négligé tous soins d'hygiène corporelle.

IV. — Il apparaît donc que la prophylaxie de ces accidents puisse être appliquée d'une manière très satisfaisante au cours de l'allaitement, principalement en ce qui concerne les précautions d'asepsie ou d'antisepsie en cas de crevasses des mamelons, voire même dans la suppression de l'allaitement pendant un jour ou deux pour permettre la cicatrisation des excoriations épidermiques.

Enfin le traitement curatif de la lymphangite ou de la galactophorite peut s'exercer avec une efficacité suffisante pour empêcher dans la majorité des cas l'apparition d'abcès du sein.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 16 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	9
CHAPITRE PREMIER	13
CHAPITRE II	25
Traitement	31
Conclusions	40



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

oo oo IMPRIMEURS - ÉDITEURS oo oo

oo 42, QUAI GAILLETON, 42 oo

oo oo oo oo LYON oo oo oo oo



